

Криворучко Мария Юрьевна

проректор Института курортной медицины и туризма

Ковеза Богдан Тарасович

магистрант Российской международной академии туризма

ПРЕДПОСЫЛКИ РОСТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РОЛИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

Аннотация:

Главное внимание в статье уделено поиску новых организационных форм развития человеческого капитала с учетом его роли в национальном воспроизводстве в условиях его поворота к экономике знаний и инноваций. Предлагается рассматривать здоровье человека не только как приоритет в жизнедеятельности общества, но и с позиций системообразующего и наиболее важного элемента человеческого капитала. Особая роль отводится процессам использования рекреационных ресурсов для воспроизводства человеческого капитала, включая организацию лечебного питания.

Ключевые слова:

человеческий капитал, санаторно-курортные организации, здоровье населения, заболеваемость населения, лечебное питание.

Krivoruchko Maria Yuryevna

Vice-Rector, Institute of Resort Medicine and Tourism

Coveza Bogdan Tarasovich

Master's Degree student,
Russian International Academy of Tourism

PREREQUISITES OF THE GROWTH OF FUNCTIONAL ROLE OF NUTRITIONAL THERAPY IN THE HUMAN CAPITAL REPRODUCTION

Summary:

The article deals with the search for new management forms of human capital development considering its role in the national reproduction in the context of its transformation to the economy of knowledge and innovation. The authors suggest to consider human health not only as a priority in the life of a society, but also as a backbone and most important element of the human capital. The authors believe the recreational resources, including nutritional therapy, play a special role in the human capital reproduction.

Keywords:

human capital, health resort organisations, population health, morbidity of population, nutritional therapy.

Неблагоприятная конъюнктура на международном рынке нефти, сложившаяся в последние годы, проявила все слабые стороны российской экономики, связанные с высокой степенью сырьевой ориентации национального хозяйства. Негативные последствия данного процесса проявились в снижении ключевых макроэкономических показателей и сокращении производства практически во всех отраслях. Безусловно, данное обстоятельство явилось лишь катализатором для развития всех тех проблем, которые не были разрешены в отечественной экономике за годы рыночных реформ. Это и слабая диверсификация производств в совокупности с низкой производительностью труда, и отсутствие передовых высокотехнологичных производств, а также несформировавшийся средний класс и ряд других. В совокупности произошедшее обуславливает необходимость поиска новых точек роста национальной экономики, соответствующих вызовам текущего времени – времени экономики знаний и инноваций, когда доминирующую воспроизводственную роль играет человеческий капитал.

Между тем распределение человеческого капитала в мировой экономике характеризуется крайней неравномерностью. Так, по оценкам некоторых экспертов, порядка 70–80 % структуры национального богатства развитых стран прямым или косвенным образом опосредовано человеческим капиталом, совокупная стоимость мирового человеческого капитала в начале 2000-х гг. оценивалась в 365 трлн долл. США – 66 % мирового богатства. При этом основная часть мирового человеческого капитала сосредоточена в развитых странах – в странах Большой семерки и ЕЭС сосредоточено 59 % мирового человеческого капитала стоимостью 215 трлн долл. США (78 % от национального богатства этих стран, в США – 26 % стоимостью 95 трлн долл. США (77 % от национального богатства)); в то время как в России сосредоточено лишь 7 % мирового человеческого капитала стоимостью 30 трлн долл. (50 % от национального богатства).

Подобные диспропорции в первую очередь связаны с тем, что в развитых странах инвестиции в развитие человеческого капитала в значительной мере опережали таковые в развивающихся странах. Кроме того, инвестиции в человеческий капитал там опережали и инвестиции в физический капитал. К примеру, в США инвестиции в человеческий капитал (расходы на образование, здравоохранение и социальное обеспечение) еще в 1970 г. превышали инвестиции в производство в 1,9 раза, а в 1990 г. – и вовсе в 3,2 раза [1].

Становление и развитие экономической теории человеческого капитала во второй половине XX в. привело к изменению традиционного отношения к социальной сфере – человеческий капитал стал рассматриваться как мера воплощенной в человеке способности приносить доход [2]. И самое главное с точки зрения темы данной статьи – был разработан методологический подход к оценке здоровья как экономического блага [3].

В целом же становится видно, что здоровье, являясь элементом человеческого капитала, сегодня рассматривается не только как медико-биологическая или медико-социальная категория, но и как категория, обладающая биосоциальным характером. Другими словами, здоровье в современном обществе перестает восприниматься лишь как критерий физиологического состояния индивида и все больше вбирает в себя различные показатели, позволяющие оценить, помимо всего прочего, и общее качество жизни. В результате здоровье начинает влиять не только на производительность труда отдельного индивида и способность к получению им денежного и натурального дохода, но и на воспроизводство в целом, а это, в свою очередь, позволяет ему играть главенствующую роль в жизнедеятельности общества и выступать не столько в качестве одного из основных элементов человеческого капитала, сколько в качестве системообразующего и наиболее важного. И именно поэтому, говоря о приоритетном обеспечении инвестиций в человеческий капитал, в первую очередь следует сосредоточить усилия на инвестициях в здоровье.

Однако в России по-прежнему широко распространено мнение, что система общественного здравоохранения является затратной отраслью – убыточной для экономики страны и создающей дополнительную нагрузку на бюджет. Считается, что в данной отрасли не производится продукция, а ее работа полностью основана на дотациях из государственного бюджета. В связи с этим подходы к ее финансированию опосредованы «моральными» обязательствами государства перед населением, а не характеристиками ее экономической эффективности. Доказательством этому является объем расходов, направляемых в данную отрасль из бюджета РФ в последние годы – порядка 2–3 % ВВП, в то время как по оценкам Всемирной организации здравоохранения минимальный объем средств, направляемых на здравоохранение в современных условиях, должен составлять не менее 6 % ВВП, т. е. в 2–3 раза больше, чем есть в России на самом деле [4].

При этом, по подсчетам экспертов ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, до трети от общего числа случаев общей заболеваемости может быть предотвращено при оказании своевременной помощи. Вероятность предотвращения смертности, вызванной заболеваниями сердечно-сосудистой системы, достигает 45 % [5]. Однако для этого необходимо направлять до 70 % ресурсов, предназначенных для осуществления мероприятий по снижению заболеваемости и смертности, на обеспечение профилактических мер и здорового образа жизни, тогда как на повышение качества оказываемых услуг требуется всего лишь порядка 25 % этих средств. В свою очередь, одно только перераспределение данных расходов в пользу осуществления профилактических мер позволит увеличить продолжительность жизни в России на 2,5–3,5 года и сократить долю социально значимых заболеваний в 2 раза [6].

Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и предшествовавшим ему Федеральным законом от 22.07.1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» приоритет профилактики в сфере охраны здоровья отнесен к числу основных принципов охраны здоровья граждан страны.

Произшедшие в ходе рыночных реформ изменения в законодательной базе запустили процесс становления совершенно нового для данной сферы – рекреационного – направления, ориентированного на предоставление оздоровительного отдыха и информации о возможных нарушениях здоровья и способах их предупреждения. Санаторно-курортным организациям было позволено оказывать помимо основных и множество дополнительных, в том числе и платных, лечебно-оздоровительных услуг. В результате сфера санаторно-курортного лечения смогла развиваться в профилактическом направлении – направлении укрепления и сохранения здоровья лиц в трудоспособном возрасте, не имеющих каких-либо хронических заболеваний [7].

К настоящему времени в России сформировалась широкая сеть санаторно-курортных учреждений, характеризуемая высоким уровнем развития материально-технической, диагностической и научной базы, позволяющей обеспечить не только процесс лечения на курортах, но и изучение, охрану и воспроизводство рекреационных ресурсов. При этом сеть санаторно-курортных учреждений представлена как отдельно здравницами, так и целыми курортными зонами с единой инфраструктурой и высокой концентрацией иных предприятий лечебной и досуговой отраслей. Это в целом позволяет с высокой эффективностью и рациональностью использовать рекреационные ресурсы для воспроизводства человеческого капитала.

Одним из наиболее важных факторов, используемых в санаторно-курортном лечении, является организация лечебного питания – диетотерапия. Данное направление получило широкое распространение еще в советский период развития отечественной системы здравоохранения и было ориентировано на применение в рамках лечебного процесса по заболеваниям органов пищеварения и болезням обмена веществ [8]. Но к настоящему времени лечебное питание стало

неотъемлемым элементом комплексной терапии. Причем в ряде случаев лечебное питание играет основополагающую роль в проведении терапевтических процедур, а в других – вспомогательную, формируя атмосферу, благоприятствующую применению фармакологических препаратов, проведению физиотерапевтических процедур и осуществлению иных видов терапии [9].

В настоящее время к числу основных причин утраты населением своего здоровья, помимо болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы, новообразований, осложнений при беременности и родах, относимых в совокупности к категории предотвратимых при своевременном оказании медицинской помощи, также относятся и болезни, вызванные неправильным питанием. Причем ситуация с неправильным питанием еще более усугубляет общую картину, если принять во внимание не только непосредственные болезни, вызванные нарушением питания, но и заболевания (состояния), на которые питание оказывает косвенное воздействие.

Так, почти у половины населения (44,9 %) имеются заболевания (состояния), связанные с питанием (рис. 1). При этом наиболее часто встречающимся заболеванием, связанным с питанием, является повышенное артериальное давление – 28,2 % респондентов, участвовавших в опросе, проведенном Федеральной службой государственной статистики в 2013 г., указали на его наличие. Также 16,1 % респондентов указали на наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта. От 4,8 до 7,3 % респондентов сообщили о наличии у них диабета или повышенного сахара в крови, низкого уровня гемоглобина или анемии, аллергии на пищевые продукты. От 1,2 до 2,8 % респондентов отметили наличие остеопороза, случаи переломов длинных трубчатых костей рук или ног (за последние годы), инсультов (нарушение мозгового кровообращения), инфарктов миокарда, гепатита. О наличии туберкулеза и сколиоза (искривления позвоночника) сообщили 0,2 и 0,9 % респондентов соответственно.

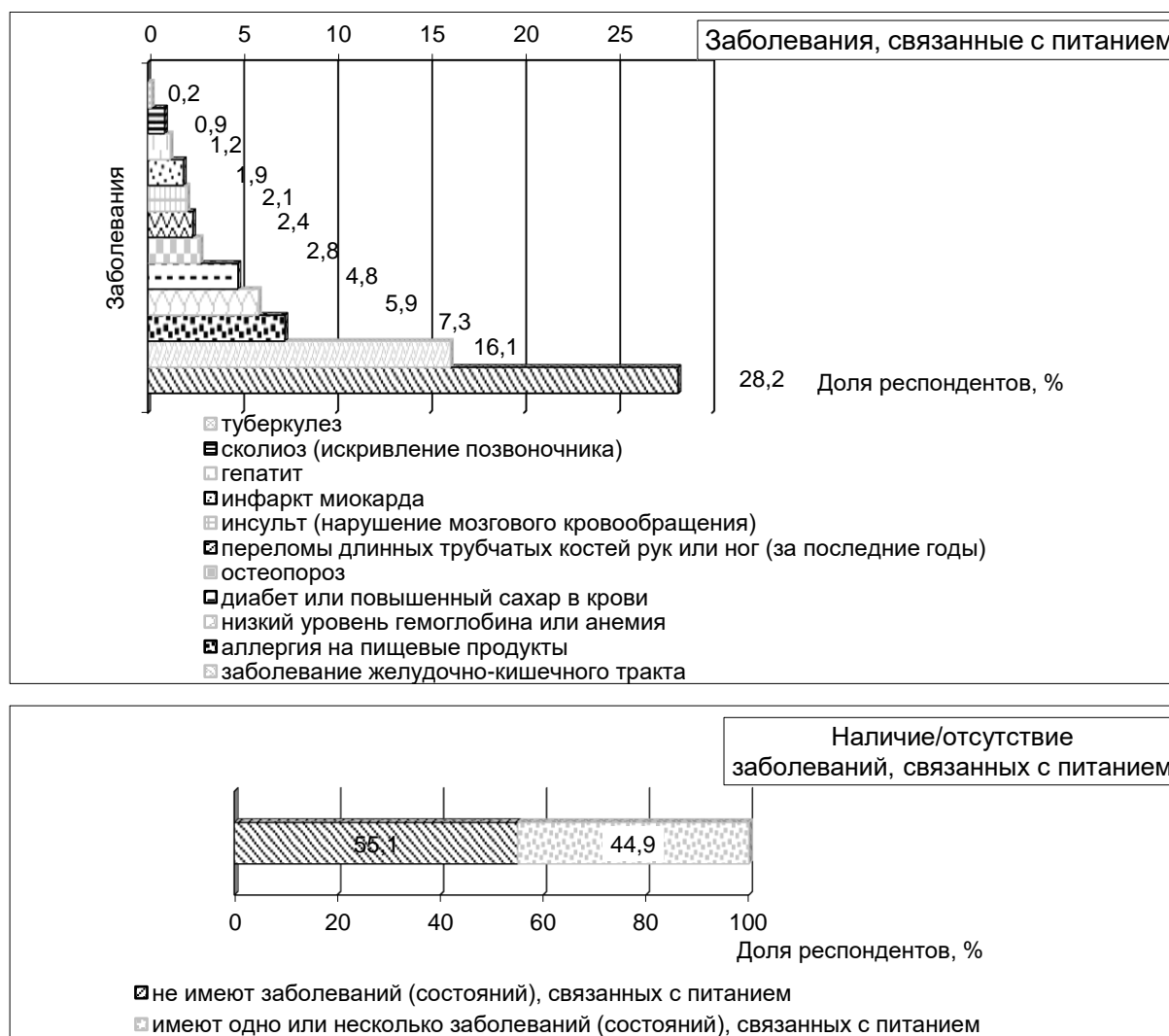


Рисунок 1 – Распространенность среди населения заболеваний (состояний), связанных с питанием, в 2013 г. [10]

Все это подтверждает высокую распространенность заболеваний, прямым и косвенным образом связанных с питанием. При этом потери здоровья, ведущие к временной нетрудоспособности или преждевременной смертности населения в трудоспособном возрасте, наносят достаточно ощутимый вред экономике, сопоставимый с ежегодным недополучением значительной части ВВП. И так как речь идет лишь об эффекте, который можно измерить прямым образом, то на самом деле потери могут быть более масштабными. В свою очередь, основными причинами данных потерь являются заболевания, относимые к категории предотвратимых при своевременном оказании медицинской помощи: болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, новообразования, осложнения при беременности и родах. Помимо данных заболеваний, особенно если учитывать их косвенное воздействие, к потерям здоровья приводят заболевания (состояния), связанные с неправильным питанием, присутствующие у половины населения России.

На этом фоне интересной представляется оценка домашними хозяйствами из различных социально-экономических групп достаточности своего питания (табл. 1).

Так, в среднем по всей совокупности респондентов 52,3 % отметило, что им достаточно той еды, которую они хотят есть. Однако среди представителей первой 10 %-й группы (с наименьшими располагаемыми ресурсами) таковых было лишь 26,3 %, а среди представителей десятой 10 %-й группы (с наибольшими располагаемыми ресурсами) – 78,6 %, т. е. в 3,0 раза больше. При этом 10,9 и 5,0 % респондентов из первой группы отметили, что им иногда и часто недостаточно еды соответственно. Однако среди респондентов из десятой группы таковых практически не наблюдалось.

В среднем по всей совокупности респондентов 17,0 % отметили, что за 2013 г. их питание улучшилось, у 15,8 % – ухудшилось. В то же время среди респондентов из первой группы улучшение питания отметили лишь 15,0 %, а ухудшение – 27,0 % (практически в два раза больше среднего уровня по всей совокупности респондентов).

Таблица 1 – Характеристики и дифференциация оценки домашними хозяйствами достаточности питания по 10 %-м группам населения в 2013 г. [11]

	Все домохозяйства	в том числе по 10 %-м группам										Коэффициент дифференциации
		первая	вторая	третья	четвертая	пятая	шестая	седьмая	восьмая	девятая	десятая	
<i>По описанию питания в домохозяйстве за последние 3 месяца</i>												
достаточно той еды, которую хотят есть	52,3	26,3	31,9	35,3	41,8	49,1	55,6	55,2	61,2	68,4	78,6	3,0
достаточно еды, но не всегда той, которую хотят есть	41,9	57,8	57,2	52,5	51,7	46,4	41,8	40,5	36,0	29,8	20,3	0,4
иногда недостаточно еды	4,5	10,9	8,2	8,9	5,1	3,5	2,4	3,7	2,3	1,7	1,1	0,1
часто недостаточно еды	1,3	5,0	2,8	3,2	1,5	0,9	0,2	0,7	0,5	0,1	0,0	0,0
<i>По динамике питания в домохозяйстве за последний год</i>												
улучшилось	17,0	15,0	15,7	13,9	15,6	18,2	17,0	15,3	17,2	18,6	21,6	1,4
ухудшилось	15,8	27,0	23,1	22,9	17,7	14,5	11,9	14,5	13,9	11,0	7,9	0,3
осталось без изменений	67,2	58,0	61,3	63,2	66,7	67,3	71,0	70,2	68,9	70,4	70,5	1,2
<i>По возможности, при наличии желания, потребления еды с мясом, птицей или рыбой через день</i>												
могут позволить	72,5	48,2	53,2	55,9	67,0	72,1	80,3	73,1	80,5	86,6	93,1	1,9
не могут позволить	27,5	51,8	46,8	44,1	33,0	27,9	19,7	26,9	19,5	13,4	6,9	0,1
<i>По возможности, при наличии желания, потребления фруктов через день</i>												
могут позволить	71,0	39,0	50,3	54,0	63,2	69,6	78,5	73,2	80,8	87,2	94,3	2,4
не могут позволить	29,0	61,0	49,7	46,0	36,8	30,4	21,5	26,8	19,2	12,8	5,7	0,1
Домохозяйства, указавшие на существенные ограничения в питании	0,8	3,0	1,6	1,8	0,9	0,5	0,0	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0

Среди респондентов из десятой группы улучшение питания отметили в 1,4 раза большее число респондентов, чем в первой группе (21,6 %), тогда как об ухудшении питания заявили лишь 7,9 %, что почти вдвое меньше, чем в среднем по всей совокупности респондентов, и в 3,5 раза меньше, чем по первой группе.

При этом в среднем по всей совокупности респондентов в 2013 г. 72,5 % могли позволить себе еду с мясом, птицей или рыбой через день, тогда как в первой группе это могли позволить себе лишь 48,2 % респондентов, в десятой группе – в 1,9 раза больше – 93,1 %. В отношении потребления фруктов дифференциация еще выше. Так, в среднем по всей совокупности респондентов 71,0 % могли позволить себе потребление фруктов через день, тогда как в первой группе позволить себе это могли лишь 39,0 % респондентов, в десятой группе – в 2,4 раза больше – 94,3 %. Недостаточное питание малоимущих групп населения отрицательным образом сказывается на качестве их рациона.

Таким образом, налицо и медицинские, и экономические предпосылки необходимости усиления роли лечебного питания. Соответственно, комплексная работа по снижению отрицательного воздействия несбалансированного питания на здоровье населения требует эффективного использования ресурсов санаторно-курортной отрасли, особенно в части организации лечебного питания.

Ссылки и примечания:

1. Корчагин Ю.А. Человеческий капитал как интенсивный социально-экономический фактор развития личности, экономики, общества и государственности [Электронный ресурс] // Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики. URL: <https://www.hse.ru/news/29345748.html> (дата обращения: 06.07.2016).
2. Фишер С., Дорнбуш Р., Шмалензи Р. Экономическая теория : пер. с англ. М., 2002. 420 с.
3. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // *Journal of Political Economy*. 1972. Vol. 80, № 2. P. 223–255.
4. Сорокина С.Э. Здоровье населения как капитал экономики // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. 2013. № 2 (2). С. 111–118.
5. Иванова А.Е. Тенденции смертности в России и резервы сокращения ее от преодолемых причин // *Демографические перспективы России и задачи демографической политики* : материалы науч.-практ. конф. М., 2010. С. 27–37.
6. Бойцов С.А., Самородская И.В. Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 г. // *Менеджер здравоохранения*. 2014. № 5. С. 26–35.
7. Ветитнев А.М., Дзюбина А.В., Торгашева А.А. Лечебно-оздоровительный туризм: вопросы терминологии и типологии // *Известия Сочинского государственного университета*. 2012. № 2. С. 50–56.
8. Погожева А.В., Каганов Б.С. Современные взгляды на лечебное питание // *Клиническая медицина*. 2009. № 1. С. 4–12.
9. Сорокина С.Э. Указ. соч.
10. Диаграммы рассчитаны и составлены авторами на основе данных: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2014 : стат. сб. М., 2014. С. 224.
11. Таблица рассчитана и составлена авторами на основе данных: Выборочное наблюдение рациона питания населения 2013 [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/food1/survey0/index.html (дата обращения: 06.07.2016).

References:

- Boitsov, SA & Samorodskaya, IV 2014, 'Polovozrastnye mortality and years of life lost due to premature mortality in the Russian Federation in 2012', *Menedzher zdravookhraneniya*, no. 5, pp. 26-35, (in Russian).
- Fischer, S, Dornbusch, R & Schmalensee, R 2002, *Economic theory*, Moscow, 420 p., (in Russian).
- Grossman, M 1972, 'On the Concept of Health Capital and the Demand for Health', *Journal of Political Economy*, vol. 80, no. 2, pp. 223-255.
- Ivanova, AE 2010, 'Mortality Trends in Russia and reduce its reserves by avoidable reasons', *Demograficheskiye perspektivy Rossii i zadachi demograficheskoy politiki: materialy nauch.-prakt. konf.*, Moscow, pp. 27-37, (in Russian).
- Korchagin, YA 2016, 'Human capital as an intense socio-economic factor of personality development, the economy, society and the state', *Natsional'nyy issledovatel'skiy universitet Vysshaya shkola ekonomiki*, viewed 06 July 2016, <<https://www.hse.ru/news/29345748.html>>, (in Russian).
- Pogozheva, AV & Kaganov, BS 2009, 'Modern views on the health food', *Klinicheskaya meditsina*, no. 1, pp. 4-12, (in Russian).
- Selective observation diet of the population in 2013 2013, viewed 06 July 2016, <http://www.gks.ru/free_doc/new_site/food1/survey0/index.html>, (in Russian).
- Sorokina, SE 2013, 'Health of the population as the capital of the economy', *Mezhdunarodnyye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'ye*, no. 2 (2), pp. 111-118, (in Russian).
- The social position and living standards of the population of Russia. 2014: stat. 2014, Moscow, p. 224, (in Russian).
- Vetitnev, AM, Dzyubina, AV & Torgasheva, AA 2012, 'Medical and Health Tourism: questions of terminology and typology', *Izvestiya Sochinskogo gosudarstvennogo universiteta*, no. 2, pp. 50-56, (in Russian).